

causa de un grave perjuicio no sólo para la vida sino para la vida de otras personas. Entonces, el primer obligado a comunicar la verdad sobre su diagnóstico es el enfermo.

El hombre casado debe comunicar a su esposa el diagnóstico. Si el enfermo de SIDA no quiere hacerlo por los motivos que sean, el médico puede presionarlo para que le comunique este diagnóstico a esas personas y, en última instancia, lo hace el mismo médico. Aquí no se viola el secreto profesional, porque el bien común es superior al bien particular de los individuos. Si por mantener el secreto profesional sobre el diagnóstico de un paciente éste va a seguir contagiando, él pierde el derecho a que se conserve ese secreto porque el conservarlo causaría un grave daño al bien común.

### Mantenimiento de la vida, el derecho a morir y los métodos extraordinarios

*mesa redonda*

MODERADOR: Dr. Gustavo Vilches Tarradella,  
Jefe UCI Cardiovascular,  
Hospital Naval Viña del Mar.

PANELISTAS: Presbítero Sr. Pablo Aguilera Labarca  
Dr. Miguel Burmester Guzmán  
Dr. Alejandro Peirano Allegretti

MODERADOR  
Presb. Pablo Aguilera, ¿cuál es su definición del concepto actual de muerte biológica y qué criterios se aceptan en este momento para su certificación?

#### PRESBITERO PABLO AGUILERA

Sería necesario hacer una distinción de tres aspectos en la muerte de un individuo, de una persona. Hay que distinguir primeramente la *muerte ontológica* de un ser humano, que consiste, desde un punto de vista filosófico, en la separación del alma del cuerpo. Obviamente los médicos no son las personas que tengan los medios experimentales o empíricos para determinar cuándo acaece esta muerte ontológica. Hay una segunda perspectiva, que es la *muerte biológica*, que consiste precisamente en la detención del funcionamiento de todas las células de los tejidos del organismo: hay una destrucción, un cese total e irreversible de las funciones orgánicas. Es difícil para el médico clínico determinar esta muerte biológica y, en general, no es algo que sea de su interés

en la práctica médica; tal vez interese más al investigador clínico. Pero lo que sí es de interés para cualquier médico es lo que podemos denominar *muerte clínica* de una persona, es decir, cuando el médico puede determinar de que efectivamente este enfermo, este paciente ha dejado de existir, ha fallecido. El problema ciertamente ha sido causa de un largo y gran debate en Medicina y, por tanto, en ética médica ha habido posturas diversas en los últimos decenios. Tal vez no era un problema muy importante hace no muchos años, puesto que no era factible la reanimación cardiopulmonar, hasta cuando aparecieron en Medicina los modernos medios tecnológicos que hoy tenemos para el sostenimiento de las funciones cardíacas y respiratorias. Hasta los años 40, un individuo estaba muerto cuando cesaba de funcionar irreversiblemente su corazón y su respiración. No era mayor problema determinar la muerte clínica. Por eso se decía que la muerte de un individuo era certificada con el "último suspiro de un moribundo" y uno decía "ha fallecido". Sin embargo, tanto las técnicas de reanimación cardiopulmonar que hacen posible "retrotraer", quitar de las garras de la muerte a un individuo, y las modernas técnicas de ventilación asistida y reactivación de la función cardíaca o de sostenimiento de ella, han superado ese primer criterio diagnóstico.

Se ha visto que hay un órgano del individuo —el encéfalo—, que cuando es irreversiblemente dañado, determina el cese subsiguiente, la coordinación de todas las otras funciones de órganos y tejidos, lo cual no es estrictamente muerte biológica, puesto que después de la muerte real de un individuo pueden seguir funcionando por un tiempo limitado o prolongado, otros tejidos, otros órganos. Todos saben que postmortem al individuo le sigue creciendo el pelo, las uñas, es decir, no hay una muerte biológica de esas células en los días subsiguientes, pero nadie diría que ese individuo está clínicamente vivo: está muerto y bien muerto. Por lo tanto, es mi opinión y la de muchos otros médicos, aunque hay opiniones discrepantes, que efectivamente la muerte del encéfalo total, la destrucción del encéfalo total, sin posibilidades de restablecer sus funciones, viene a ser equivalente en Medicina a la muerte clínica de un individuo. Ahora bien, lo que es susceptible de distintas opiniones, son los criterios de determinación de la muerte encefálica.

Estoy hablando de muerte encefálica, no de muerte cerebral, que es el término que habitualmente se utiliza en Medicina, porque muerte cerebral hace referencia a la destrucción, al cese del funcionamiento irreversible de una parte del encéfalo. Al decir muerte encefálica incluimos también la destrucción irreversible del tronco del encéfalo, que es lo que asegura alguna de las funciones vitales, por ejemplo, la respiración. Entonces, mi opinión y la de muchas otras personas, es que la muerte encefálica, la destrucción irreversible

de ese tejido, es lo que viene a significar, en la práctica, la muerte clínica del individuo, no la muerte biológica.

DR. VILCHES

¿Y qué criterios propondría usted para certificar en forma razonable, con certeza, esta situación?

PRESB. P. AGUILERA

Quiénes pueden responder mejor estas preguntas obviamente son los neurólogos. A mí me parecen bastante razonables y son criterios aceptados en muchos centros médicos de países occidentales, aquellos que fueran realizados por un estudio colaborativo en EEUU., a fines de los años 70, en los cuales un especialista, neurólogo en este caso, establece que hay signos clínicos fehacientes de una destrucción, ya no sólo de la corteza cerebral, sino que, además, una lesión irreversible destructiva de todo el encéfalo.

Respecto de otros métodos auxiliares de diagnóstico, como es la Electroencefalografía, hay opiniones variadas en cuanto a usar este test diagnóstico como criterio. El estudio al cual estoy haciendo referencia me parece bastante importante y confiable. Señala que en presencia de EEG plano, el cual repetido 6 horas después continúa en iguales condiciones, es un test bastante confiable, desde el punto de vista médico o de la investigación clínica, para certificar que esa persona tiene su cerebro irreversiblemente dañado. Se han hecho estudios comparativos de seguimiento clínico en los cuales, junto con Electroencefalografía, se le hacen estudios de circulación cerebral —una angiografía encefálica— y se ha visto que hay una correlación muy alta entre ambos métodos. En algunos centros la angiografía no es un método diagnóstico de rutina de muerte encefálica, en otros sí.

Dejo como capítulo totalmente aparte los criterios de determinación diagnóstica de muerte encefálica en niños, porque eso presenta mayores problemas. Pero sigo sosteniendo la validez del mismo criterio. Si un niño, igual que un adulto, tiene una muerte encefálica demostrada por los métodos actualmente aceptados, me parece suficiente y necesario para declarar su muerte clínica.

Dr. Peirano, ¿a qué paciente considera usted reanimable en el contexto de una situación de emergencia y a quién no ofrece este esfuerzo? Una segunda pregunta es si acaso usted establece una diferencia entre un esfuerzo parcial o un esfuerzo total, entendiendo por total la utilización *ad libitum* de los elementos tecnológicos que una uci dispone.

DR. ALEJANDRO PEIRANO

Todos se preguntarán qué hace un cirujano en este panel. En realidad, yo también me pregunto lo mismo. Yo no tengo un acervo cultural en ética ni en bioética tan elaborado como todas las personas que han participado aquí. Yo diría que sólo soy un observador inquisitivo de la naturaleza humana. ¿Por qué digo esto? Porque para contestar la pregunta del Dr. Vilches hay frases estandarizadas. El que fisiopatológicamente la muerte tiene una secuencia de eventos, es un hecho. El darse cuenta de cuáles son estos hechos y cuándo está el hombre impidiendo la muerte y cuándo manteniendo la vida, también tiene sutiles límites que son difíciles de percibir. J. Chesterton —no me acuerdo si en “El Hombre Que Fue Jueves” o “El Candor del Padre Brown”— dijo una frase que me parece genial: “todo sonaba muy bien mientras sólo hablábamos de ello”. Eso exactamente circunscribe el problema. En realidad, darse cuenta del matiz, cuándo el amarillo pasa a ser naranja y cuándo el naranja pasa al rojo, es una cosa compleja y, a veces, sólo con importancia descriptiva; por ello, enumerar los elementos por los cuales uno considera un enfermo recuperable o no, me parece fútil. No creo yo que sea motivo de esta reunión y de esta discusión. Creo que habría que elevar el plano de la discusión. Volviendo a Chesterton, nosotros, en Chile hemos folklorizado lo que dijo, y le llamamos “con la guitarra en la mano”. En realidad, cuando uno está enfrentado al problema es cuando este problema cobra toda su dimensión. Ayer observaba cómo el Dr. Serani, por ejemplo, decía que la técnica —refiriéndose a ella conceptualmente—, era una cosa indiferente; y observé como el Dr. Roa no se manifestó de acuerdo. En realidad, la técnica no es indiferente. Lo considero así porque indudablemente hay un ejecutor. Tenemos enfrentada la situación planteada por el Dr. Vilches, de un médico que está en la uci frente al paciente y pragmáticamente debe determinar lo que hay que hacer con él. Debo suponer que ese médico quiere a su paciente y que tiene ideas claras sobre el bien y el mal. La gran diferencia la hace el hecho que hay individuos más

talentosos que otros, no me cabe la menor duda, y éstos manejan de una mejor forma la técnica —me atrevería a decir que hay individuos que manejan la técnica y por lo tanto, la terapéutica casi de manera artística—, de tal manera que los niveles en que esto se hace es difícil evaluarlos. Pero desde el punto de vista ético, lo planteable aquí es si el internista puesto en esa uci es el mejor. Ese es el gran problema que yo creo habría que discutir.

La segunda pregunta es ¿ese individuo está actuando libremente o es producto de una maraña? Cada acción repercute en muchas partes. El individuo que hace partir un Honda automáticamente por una computadora en la mañana para que esté calefaccionado al subirse a él, me parece de un comportamiento increíble. Para llegar a esos niveles de sofisticación técnica, los países que producen artefactos así entre otras cosas lo están haciendo a costa del talaje de bosques de este planeta a razón de 17 hectáreas por minuto, afán de lucro que enriquece las arcas para investigación.

De tal manera toda acción, que configura en sí misma una microética, tiene una repercusión envolvente inescapable y mantener o realizar acciones tomando sólo en cuenta la coyuntura, a veces infringe la ética en otros ámbitos más globalizantes.

El hecho es que, al enfrentarse a la duda de mantener o no a un paciente, presupone decisiones importantes en el ámbito tecnológico. La envergadura del manipulador —a veces artista— debe tomarse por ello en cuenta. Lo hace a costa del talaje de bosques de este planeta, del orden de 17 hectáreas por minuto. De tal manera que toda acción tiene una repercusión que yo diría configura en sí misma una microética, porque el mantener una ética determinada repercute globalmente en otras cosas que, llegado un momento se hacen inmanejables. El hecho que el individuo está enfrentado a la duda de mantener o no a un paciente presupone decisiones importantes en el ámbito tecnológico. Yo creo que todas estas cosas hay que mencionarlas.

Yo me acuerdo que cuando me titulé de médico, el New England Journal of Medicine llegaba a este país más o menos con 7 meses de retraso. En este momento llega aproximadamente en 48 horas a la persona que es acuciosa e interesada en adquirir conocimientos técnicos. Eso crea una presión, no hay duda alguna, en el individuo que está tomando una decisión. Está presionado porque la connotación ético-moral que tiene la actividad médica, es una cuestión que impele ansiosamente al individuo que la ejecuta a realizarla mejor aún. El médico que trabaja con pacientes críticos tiene el germen de lo competitivo, de ser inquisitivo, de progresar. El Dr. Roa ayer inició insertando al hombre en el cosmos, diciendo que era un individuo cultural, y en lo cultural está el adquirir más conocimientos para progresar. No hay duda que



ver a un joven médico enfrentado a tratar de obtener lo máximo para revivir a un enfermo no lo puedo criticar. Sin duda que puedo juzgar la inadecuación de los medios que está usando, algo así como que está matando un pulga con una bomba atómica o, por ejemplo, proponer un trasplante cardíaco en un individuo que tiene una falla multisistémica terminal. En eso creo yo que deben establecerse normas; pero el individuo que tiene nociones claras sobre la técnica y que está dotado de un buen criterio y de sentido común, sabe generalmente manejar bien este tipo de cosas.

En segundo lugar, me gustaría decir que la autoridad tampoco puede estar excluida de esta discusión técnica. Un problema que se plantea frecuentemente, apunta al meollo del asunto: indudablemente los factores en juego no son solamente el médico, los familiares y el enfermo; participa también, en gran medida, la tecnología proveniente de países desarrollados, que lo tienen todo para perfeccionarla, que a través de los medios de comunicación han creado esta ansiedad de actuación. Pero la institución o la autoridad no ha dotado de los elementos requeridos para realizar una labor de nivel equivalente al conocimiento teórico del médico enfrentado al problema. En realidad, tampoco tengo respuestas fáciles para esto, pero indudablemente esa es la situación que enfrenta en concreto un médico al cuidado de un paciente crítico. En esto, sin duda hay situaciones extremas.

Yo, muchas veces —el Dr. Vilches me ha visto—, he entrado a pisos y salas de cuidados intensivos y he terminado con la actuación de un médico joven que está tratando de reanimar durante horas a un paciente y le he dicho concretamente “no hay que confundir una muerte con un paro cardíaco”. Eso es una cuestión que hay que tener clara y para eso tal vez ayudarían los Comités de Ética, estableciendo normas y pautas al respecto sobre materias específicas.

#### DR. VILCHES

Dr. Peirano, si le entendí bien, ¿entonces usted no dejaría a cargo de un Comité de Ética difundir ciertas normas generales, en cierto marco, con respecto a reanimación, sino que usted lo dejaría al criterio de cada médico?

#### DR. PEIRANO

No, no es así. El problema al que me refiero es que el subjetivismo humano hace que un individuo se quede contento con lo que hizo, dependiendo de sus

dotes. Para él hacer el máximo es diferente que para otro individuo, no hay duda ninguna. Creo que el internista debe tener los conocimientos, por un lado, y el sentido crítico por otro, para tener claro que su actuación médica en un momento determinado fue la mejor posible; y la autoridad tiene que preocuparse que el individuo que tiene puesto ahí en ese momento sea el mejor. También tiene que preocuparse —el Comité de Ética es fundamental en esto— de seleccionar, a través del currículo o de otro sistema adecuado, a estos individuos para que sean realmente los mejores.

#### DR. VILCHES

Dr. Burmester, ¿qué actitud aconseja usted adoptar al médico frente a la petición expresa del paciente mentalmente competente, de que no sea sometido a reanimación cardiopulmonar o encefálica y que no se le transfiera a Cuidados Intensivos? Estamos hablando de una enfermedad no terminal, de alguien que le dice: “mire doctor, usted es mi médico tratante. Yo quiero que si acaso llegara a esta situación a mí no se me prodiguen cuidados intensivos”. ¿Qué le aconseja usted al médico que se ve enfrentado a esta situación?

#### DR. BURMESTER

Ese es un problema que cabría dentro del marco de la relación médico-paciente. Partamos de la base que existe la suficiente confianza y suficiente amistad entre ese médico y ese paciente y en un momento dado, el paciente ha tomado la iniciativa y le ha dicho a su médico: “Doctor, me encuentro en una situación crítica, una situación de una enfermedad incurable, yo no quisiera que se me hicieran este tipo de maniobras de reanimación ni que se me hicieran trasplantes o algún tipo de tratamiento extraordinario”. En ese momento, el paciente está planteando algo que podríamos llamar teórico, o sea, no lo está viviendo. Este sería un tipo de problema al interior de la relación médico-paciente y en ese sentido, la respuesta que yo le daría, si se tratara de un paciente mío, sería también una respuesta teórica y por lo tanto deberé estar sujeto a una evaluación o a una revisión cuando se dé en la realidad. Cuando el paciente realmente esté cursando esa enfermedad incurable o crítica, si acaso está competente, porque el hombre también yerra y también puede modificar sus puntos de vista y el hombre cuando está viviendo la realidad de la enfermedad o de la posibilidad de una enfermedad terminal, pide muchas cosas que antes no las había soñado ni imaginado, porque la está experimentando en ese

momento. Ahora, si se trata de un paciente que está cursando una enfermedad y que en el mediano plazo o en el largo plazo va a ser una enfermedad terminal, la situación va cambiando al interior de lo que pasa en la dinámica de la relación médico-paciente.

En general, los principios éticos que están en torno a la relación médico-paciente son, por un lado, el principio de autonomía del paciente, que él tiene derecho a decir lo que piensa y a desear muchas cosas, son sus derechos como persona; y, por otro lado, está el principio de beneficencia por parte del médico. Ahora, ¿cuándo pueden colisionar estos principios? Puede este principio de autonomía del paciente entrar en conflicto con el principio de beneficencia del médico, cuando se trata de una situación curable, como podría ser una enfermedad intercurrente, una neumonía, por ejemplo, en un sujeto con un cáncer terminal o una infección menor, de otro tipo y el paciente se niega, se rechaza al tratamiento. En ese caso particular, el médico debiera persuadir al paciente que se trata simplemente de una intervención mínima, como es aplicar unos antibióticos, algunos medicamentos de fácil adquisición, que no van a dar mayores malestares. En general, los pacientes cuando saben que la maniobra médica no va a producir dolor, no va a producir sufrimiento a la familia y no va a ser de alto costo, la aceptan felizmente.

Eso es lo que se ve en la práctica. Ahora, pueden colisionar estos principios aun cuando el paciente permanece en la negativa de recibir todo tipo de tratamiento. En ese caso, el médico tratante, en nuestra opinión, debiera pedir una interconsulta a un Servicio de Psiquiatría, porque existe la posibilidad que el paciente esté en una fase depresiva y, entonces, con un tratamiento apropiado, el paciente cambia de actitud. Eso se ha visto mucho. Generalmente son pacientes que rechazan todo tipo de ayuda o que se sienten muy solos, que están abandonados, que están marginados o que están con resentimiento, frustración, rabia y una serie de sentimientos interiores, producto de la enfermedad misma o de las consecuencias de la enfermedad. Lo que hace falta ahí es reforzar la relación médico-paciente con la participación de otro médico, como puede ser un médico psiquiatra o un psicólogo, según sea el caso, quien ayude al paciente a soportar y tolerar mejor la maniobra terapéutica.

Por otro lado, pueden colisionar también dos principios: la autonomía y la beneficencia, cuando el médico quiere tener un papel protagónico en el manejo de su paciente. Hay médicos que son extremadamente activos, paternalistas algunos, autoritarios otros, que tienen un estilo de relación médico-paciente que hace que el paciente no manifieste su derecho a opinar y a participar, por así decirlo, "aquí mando yo, aquí yo sé cómo se hacen las cosas y usted acata". En esos esquemas de relación médico-paciente el médico

puede cometer la imprudencia de ir más allá de lo que el paciente desea, según su principio de autonomía y, a veces, nosotros detectamos las consecuencias de la iatrogenia, o sea, pacientes que han sido sobrediagnosticados por un lado o han sido sobretratados por otro y, entonces, a uno como psiquiatra le llegan con las consecuencias psicológicas de haber sido tratado de esa manera.

#### DR. VILCHES

Doctor Alejandro Peirano, en algunas oportunidades, y particularmente los que trabajamos en Cardiología o en Cirugía Cardiovascular, nos encontramos frente a pacientes que por motivos religiosos rechazan una opción terapéutica válida, técnicamente aceptada, correctamente indicada. ¿Qué actitud debe tomar el médico frente a esta situación de rechazo, de oposición de esta terapia? Estamos hablando de un paciente mentalmente competente, mayor de edad. Y la misma interrogante frente a los representantes de un paciente menor de edad, un hijo que requiere cirugía, situación que no es aceptada por los padres por motivos religiosos. Específicamente planteo el problema de los Testigos de Jehová, con su rechazo a las transfusiones de sangre y plasma.

#### DR. ALEJANDRO PEIRANO

Yendo a lo esencial, es complicado hablar de esto del paternalismo versus la autonomía; en realidad, parece como contradictorio esto de respetar la decisión del paciente versus un médico que piensa qué es lo mejor para el paciente. En un extremo, porque en estas cosas hay que ir a lo esencial, al preguntarse qué haría un médico que tiene esto claro con un suicida que llega no muerto a un Servicio de Urgencia, ¿lo asiste o no lo asiste? Eso es por llegar a un extremo del asunto. Por otro lado, creo que el paciente o los familiares cuando éste es incompetente, no tienen una visión clara, incluso a pesar que el médico le explique muy bien de qué se trata; el paciente realmente para llegar a lo esencial, debería estudiar Medicina y así saber cuáles son realmente sus posibilidades de evolución, sus formas de evolución. De tal manera que, yendo al extremo del asunto, nunca juega perfecto este sistema de paternalismo o no. La otra opción sí, creo que si alguien tiene una posición afectiva en pro de una u otra cosa, generalmente encuentra argumentos para apoyar una u otra posición, me refiero en concreto a los Testigos de Jehová. Nosotros hemos tenido problemas en nuestro Servicio, problemas serios. Por ejemplo,



con respecto a los niños, esto de endilgarle sus creencias antes de que ellos opten por una religión determinada, es una cuestión que a uno se le hace difícil aceptar. Además, se agrega otra situación, que es el hecho que, en general, por lo menos nuestra cirugía, incluso casi toda la Medicina, es de una práctica multifacética, de tal manera que nadie puede tener la certeza de que si se opera a un niño de una Tetralogía de Fallot y luego llega a la unidad de cuidados intensivos, requiriendo una transfusión porque se está muriendo por hipovolemia, alguien debe obligar al médico de guardia a tener la tremenda responsabilidad moral de ponerle o no sangre. No le puedo traspasar yo el problema a él, de tal manera que en la práctica hemos sido bastante claros y sencillamente hemos dicho "mire, estos enfermos no se pueden operar aquí, vaya a otra parte donde este tipo de cosas se hacen y no le van a poner sangre y van a respetar que se muera".

Hace muchos años, cuando esta situación era mucho más primitiva y nadie leía mucho al respecto, esta situación nosotros la solucionábamos, porque abanderizábamos con la posición del paternalismo absoluto, poníamos sangre a los enfermos si era necesario. No les decíamos a los pacientes ni a los familiares, quedábamos muy contentos con nosotros, pero en realidad desde el punto de vista ético, es una cosa absolutamente discutible. Cuando el paciente es adulto, yo creo que hay que respetar lo que él piensa, es lo que hemos estado haciendo en el Servicio. Si no podemos convencer al paciente con nuestros mejores argumentos, le decimos: "mire, por favor, elija otro hospital".

DR. VILCHES

Dr. Burmester, última pregunta antes de abrir la discusión al auditorio. ¿Considera usted apropiado dejar consignado en la ficha clínica la orden médica de "no reanimación", dejarla expresamente indicada en caso que el médico así lo crea?

DR. BURMESTER

Bueno, yo tengo entendido que hay hospitales en otros países que lo hacen de esa manera; cuando se ha tomado la decisión por el Comité de Ética o por la interconsulta ética, la orden de no resucitación o si se trata de una medida que toma el Servicio de Cuidados Intensivos, eso queda expresado en la historia

clínica, de tal manera que otro médico que está de guardia o que pasa por ahí, ya sabe cuál es la conducta que se debe tomar con ese paciente; es una medida, por tanto, que facilita desde el punto de vista administrativo, la acción con el paciente.

Pero, yo quisiera irme un poco más atrás, sobre las razones por las cuales en una Unidad de Cuidados Intensivos o en un Servicio se da la orden de no resucitación. Yo creo que es muy importante que ese equipo de cuidados intensivos tenga un asesoramiento, llamémoslo ético, de sus protocolos. O sea, en un determinado Servicio de Cuidados Intensivos, en este tipo de paciente o en esta circunstancia, nosotros damos la orden de no resucitación. Conviene, entonces, someter el criterio que se tiene a la opinión de otros médicos, porque, insisto, sobre todo con una visión desde el punto de vista de la ética clínica, se enriquece mucho con estos matices de los que hablaba el Dr. Peirano hace un momento; se enriquece mucho cuando un equipo de médicos de cuidados intensivos somete sus criterios a la opinión de los ético-clínicos, respecto de la orden de no resucitación. Ahora, es más conveniente, me parece a mí, una vez que ya se tienen bien estudiados los protocolos y las razones por las cuales se da la orden de no resucitación, dejarlo consignado en la ficha; es mejor que dejarlo en el aire.

DR. VILCHES

¿Usted entonces, pediría la asesoría previa de un Comité de Ética?

DR. BURMESTER

De ética o de alguna persona experta.

DR. VILCHES

Ofrezco la palabra al Auditorio.

PREGUNTA:

Si uno piensa en las condiciones del mundo actual, es evidente que hay distintas situaciones sociales y tecnológicas según sea el país que se trate, y el sitio, a veces, dentro de un mismo país. Además, existen distintas condiciones particulares, familiares, sociales, económicas, para un enfermo determinado.

En ocasiones se puede anticipar el grado de reciedumbre moral con que un paciente afrontará determinadas secuelas de una enfermedad o el detrimento de la calidad de vida que le ocasione un curso patológico dado. ¿Por qué planteo esto? Con respecto al uso de los medios extraordinarios, ¿se puede decir que el concepto de medios extraordinarios es algo relativo y particular a la situación de cada enfermo o existe un concepto absoluto del medio extraordinario?

PRESB. P. AGUILERA

En principio, la definición de los medios ordinarios y extraordinarios de diagnóstico y tratamiento lleva implícito el concepto de norma relativa. No se puede dar efectivamente una norma absoluta porque las personas son distintas. Como bien se ha señalado, la situación de un país, el medio de salud, la situación económica de un sujeto, pueden ser muy distintas de las de otro. Por eso uno define, por ejemplo, un medio extraordinario de diagnóstico o de tratamiento, como todos aquellos medios que en ese sujeto, en sus circunstancias determinadas y en el momento actual, puede él usar con expectativas de beneficio que resulten desproporcionadas respecto de la carga o las dificultades que dicho medio va a ocasionar. Entonces, me parece que tanto para la determinación de lo ordinario como de lo extraordinario es fundamental eso. Uno no puede establecer normas absolutas. Un ejemplo muy claro serían las razones económicas que Ud. ha señalado. Para un determinado paciente, un tratamiento puede ser perfectamente factible porque se le da todo como para hacerlo; en cambio, para otro sujeto con distinta situación económica, más deteriorada, evidentemente el mismo tratamiento se transforma en algo extraordinario. Por eso es importante que el médico, al evaluar, el "sello ético" a un medio de diagnóstico, conozca a su enfermo, su realidad, su situación familiar, todas las variables posibles.

DR. PEIRANO

Yo considero que además hay otra razón, para un cirujano tal vez más importante, cual es que la técnica evoluciona de tal manera que el concepto de "extraordinario" tiene también su evolución. Entre el aparato volador de los hermanos Wright en 1903 y las pisadas de Neil Armstrong en la Luna, transcurrieron apenas 66 años. Nadie pensó en que eso pudiera ocurrir en

forma tan rápida. Eso ejemplifica que lo que ayer se consideraba como cosa extraordinaria, a posteriori se va considerando cada vez más usual y habitual. Porque la manipulación técnica es progresiva y el hombre tiende a que eso sea así, y el hecho de ser entrenado a trabajar en conjunto también favorece el avance acelerado. Uno no le puede negar la posibilidad de "realización técnica" a la gente que está trabajando en una Unidad de Cuidados Críticos, uno de cuyos factores aglutinantes como trabajo en grupo es esto de aplicar técnicas en forma progresiva. Eso hay que tomarlo en cuenta, porque de lo contrario, todo se achata y la gente se dispersa en busca de otros desafíos. La naturaleza humana es así; los grupos se mitifican con los triunfos, no con las derrotas. A mi manera de ver las cosas, uno de los elementos causales de la gran crisis de la medicina funcionaria en Chile ha sido la pérdida de entusiasmo, la desincentivación de los grupos médicos que trabajan en el cuidado de pacientes de alta complejidad.

DR. BURMESTER

Nosotros hicimos un estudio al respecto, pensando casi en la misma pregunta, si eran medios relativos o no lo medios extraordinarios. Vimos que, en general, el medio era considerado extraordinario —estamos hablando de pacientes tratados en Unidades de Cuidados Intensivos en un Centro de Santiago—, cuando no se disponía de recursos económicos para solventar los gastos. Entonces, el médico de cuidados intensivos veía que ese medio, que podía utilizarlo en ese paciente, no estaba disponible, ya que la familia no disponía de los recursos. Ahí se estableció un hito, un límite para decir en este caso particular en que se tiene un medio disponible, un medio tecnológico, que está indicado incluso en este paciente de cuidados intensivos pero que por tratarse de una familia que no tiene recursos económicos, pasa a ser extraordinario, en esa situación particular. Esa es una manera de graficar un poco hasta dónde llega la precisión en un momento dado para discernir una cosa de otra. Sin embargo, esos mismos médicos de cuidados intensivos, cuando empezaron a darse cuenta que la razón por la cual el medio se constituía en extraordinario en relación con una situación económica, ellos empezaron a hacer, por decir así, los arreglos correspondientes; buscaron la manera de conseguir recursos por otros lados para poder otorgar estos medios que tenían al alcance de las manos y entonces, transformar esos medios que hasta ese momento eran extraordinarios en uno ordinario porque resulta que el financiamiento del uso de esos medios se iba a obtener. Eso es un poco



el trabajo que se hace en una interconsulta ético-clínica al interior, en este caso, de un problema en Unidades de Cuidados Intensivos.

PREGUNTA:

Yo quisiera hacer primero un comentario en relación con algo que se esbozó en la primera parte de la mesa y que también el Dr. Alejandro Peirano tocó con otro ejemplo. Si no hubiese Penicilina Sódica en un hospital para tratar una neumonía, creo que ese no sería un problema pseudoético, sino un problema ético, real, atribuible a la institución que mantiene un hospital que no brinda a los pacientes los recursos mínimos para ser atendidos. Entonces, el cuestionamiento ético no es al médico que va a hacer uso del medicamento, sino a la institución que no tiene los medios mínimos como para atender a sus enfermos y, por ende, extensible a las personas que manejan esta institución. Por lo tanto, la pregunta que habría que hacerse es: ¿será ético tener un hospital en estas condiciones? De manera que no creo que sea un problema pseudoético, es un problema ético de responsabilidad de la institución. Lo mismo ocurre con el ejemplo del Dr. Peirano: ¿es ético que una institución tenga tomando decisiones vitales en un Servicio de Urgencia exclusivamente a médicos recién recibidos, que están todavía en la fase de formación continuada, sin el asesoramiento de un médico experto, experimentado? ¿Se le está brindando al enfermo el máximo de oportunidades? Es un problema ético no del médico que está ahí, sino de la institución. Esto quiero plantearlo porque es un problema fundamental y serio que se está dando en los últimos años con bastante fuerza en nuestro país.

Quisiera retomar el asunto de los métodos extraordinarios que comentó don Pablo Aguilera y a él va dirigida la pregunta, en relación con lo extraordinario y lo ordinario. Me ha producido un poco de temor, una sensación extraña, no me siento bien con esta situación de incorporar el factor económico a la decisión de lo extraordinario y lo ordinario, porque se me ocurre lo siguiente: el uso de un medicamento de alto costo, de una Cefalosporina de tercera generación (55 U.F. el tratamiento de 10 días). Una institución pudiera no tener dificultades para costearlo a ese enfermo, por lo tanto sería un método ordinario; el enfermo dispone de él, lo utiliza y se salva de una septicemia por *Pseudomona Aeruginosa*. Otra institución no tiene el fármaco ni los recursos para adquirirlo y, por lo tanto, ahí sería un método extraordinario y tendría esa institución una justificación ética para la muerte de sus enfermos. Entonces, los que asignan recursos —ingenieros comerciales—, pudieran tomar esto y decir: “señores, nosotros no tenemos los recursos para darle”. Entonces, se van a morir los enfermos. ¿Dónde está entonces el prin-

cipio de justicia en la administración de salud?, eso me produce sentimientos muy encontrados y quisiera yo una opinión de la mesa.

PRESB. P. AGUILERA

Yo creo que hay que distinguir en dos planos las responsabilidades éticas. Nos hemos referido a lo que ya se nos ha preguntado, a la responsabilidad ética del médico, del personal sanitario, de aplicar determinados medios de diagnósticos y tratamientos. Cuando no se tienen o hay ciertas dificultades en su uso, por ejemplo, entre otras, las dificultades de tipo económico, obviamente ese enfermo, sus familiares y su médico no están obligados desde un punto de vista ético a administrárselo. Esto está fundamentado con una máxima en moral, que dice que “nadie está obligado a lo imposible”. Uno está obligado obviamente a las cosas posibles, sobre todo en lo que se refiere al cuidado de su vida y de su salud, pero cuando esa obligación sea muy difícil o sea prácticamente imposible, no estoy obligado a ella.

Ahora bien, la imposibilidad de uso de un medio diagnóstico o terapéutico, cualquiera que sea, puede ser fundamentalmente por dos razones: una *imposibilidad física*, por ejemplo, si pensamos en un hospital de un pueblo alejado, en Chile, en que un paciente urgentemente requiere de una diálisis y en ese lugar no es posible hacerla, hay una imposibilidad física porque no existe el aparataje *ad hoc* o sea, ni el paciente ni los médicos están obligados a hacer gestiones de casos que escapen a su control. Pero también hay una imposibilidad que se llama *moral*: en este caso sí existen los medios para administrar un medio diagnóstico o terapéutico, pero para esa persona en concreto —por eso hablamos de una norma relativa en ética— le es demasiado difícil por múltiples motivos; puede ser por ejemplo un medio demasiado doloroso, de resultados inciertos, que está en fase de experimentación o que por razones económicas él y su familia no pueden solventarlo. Aquí su imposibilidad no es física pues están los medios a su alcance, está la Cefalosporina, está el ventilador mecánico, pero para él es una dificultad moral muy grande. Por eso creo que es importante separar las responsabilidades éticas. Para este sujeto y su médico ese medio en concreto es extraordinario; por lo tanto, es opcional, no está obligado a dárselo.

Ahora, claro, si Ud. sube a un nivel superior, a organismos intermedios que dan la salud a una institución, pensemos por ejemplo en este hospital. Si el Hospital Naval, que se supone es un hospital de primera clase, no tuviera una máquina de diálisis o un ventilador mecánico en una Unidad de Cuida-



dos Intensivos, obviamente la responsabilidad ética es de todas las personas que dirigen la institución, o sea, sería una falta de ética que no existieran esos medios, que se consideran razonables en la Medicina de hoy.

PREGUNTA:

Hay un problema que se plantea en Neumología cuando tratamos de luchar contra ciertas enfermedades, concretamente en personas que sufren de algún tipo de cáncer del aparato respiratorio, en que se ha demostrado al tabaquismo como factor predisponente, y uno les advierte y explica el daño que este hábito les está ocasionando y estas personas siguen fumando, por decirlo así, siguen provocándose el problema. ¿Qué está fallando allí?, ¿está fallando uno como médico, en el sentido de no haber advertido lo suficiente a sus pacientes o es que el enfermo está bien y persiste en esta especie de suicidio? ¿Qué es lo que hay que corregir allí? ¿Estoy errado yo o lo está el enfermo?

DR. BURMESTER

Aquí hay que, de alguna manera, considerar los aspectos que yo llamaría de orden antropológico en la conducta humana, ya que es bastante misteriosa y sorprendente. El médico psiquiatra está acostumbrado diariamente a observar, a analizar la conducta humana. El por qué una persona teniendo cáncer o una enfermedad bronquial obstructiva, continúa fumando, sabiendo que ese acto lo va a perjudicar, va a agravar su situación. Eso se da en la realidad y, a veces, a uno se lo mandan por si acaso tuviera alguna personalidad especial. La mayoría de las veces uno encuentra que está muy sano, que es una persona psicológicamente equilibrada y que hay otras razones en el fumar: hay un hábito, un gozo, un placer, en fin, un agrado y es muy respetable. Ahora, lo importante es que esa persona haya sido informada de que el fumar le va a hacer daño y lo va a agravar y que, incluso puede hasta morir a causa de ello. Hubo proposiciones hasta hace muy poco y las siguen habiendo todavía en algunos sitios, de plantearle a algunas personas con ciertos problemas de alcohol, la abstinencia absoluta y total. Pero actualmente ya se ha logrado matizar, o sea, a algunas personas hay que seguirles recomendando la abstinencia absoluta y total, pero a otras personas les podemos decir "en alguna ocasión usted sí podría beber".

Entonces, creo que en el fondo, al interior de la relación médico-paciente, lo que prima o lo que debe primar es el aliviar, el consolar, el apoyar, lo que decían los hipocráticos, recomendar, por supuesto, todas las cosas que con-

vienen para conservar la salud y mantenerse bien, pero no utilizar estilos de relación médico-paciente arbitrarios, insisto, impositivos, que son dolorosos para el paciente. Yo pienso que un paciente que ha fumado toda su vida y no quiere dejarlo, que siga fumando, ojalá menos. Pero es importante tener en cuenta que el médico está para agradar al paciente, hasta donde es legítimo, por supuesto. Hemos perdido la rigidez científica, ese cientifismo, esas cosas que muchas veces oímos a los médicos decir "tómese estos medicamentos, tantas dosis, a tal hora, por tantos días". El paciente le preguntará al doctor cuál es la razón de eso, cuál es la razón por la que deba tomarme el medicamento diez días y no once o doce. Y empieza uno a decir, "bueno... en realidad así se hace". No parece una buena respuesta a una legítima pregunta.

La relación médico-paciente se construye, me parece a mí, dentro de una gran amistad y hay que de alguna manera privilegiar, por así decirlo, el gozo del paciente.

PREGUNTA:

No olvidando que nosotros, los médicos, no debemos jamás perder de vista el objetivo de ayudar a nuestros pacientes, creo también que no tenemos la obligación de tomar a un paciente, teniendo sí la obligación de ayudar al enfermo, cualquiera sea la instancia en que eso deba ser realizado. Quiero hacer una pregunta a la mesa, ¿qué actitud o qué opinión tiene al respecto de cirujanos que se niegan a intervenir a pacientes con SIDA, por temor al contagio?

PRESB. P. AGUILERA

Yo di una opinión al respecto en una pregunta anterior. Me parece que el médico, en principio, tiene el compromiso de tratar y de auxiliar a sus enfermos. Si existe una posibilidad de contagio al realizar una intervención quirúrgica y si para un médico en particular fuera algo tremendamente difícil, desde un punto de vista interior, desde un punto de vista moral, operar a ese paciente porque él tiene pánico de un contagio, podríamos aplicar la distinción de medios ordinarios y extraordinarios también para el médico; es decir, para él existe no una imposibilidad física, pues tiene todos los medios oportunos, pero se convierte en una imposibilidad moral, fundamentada en el miedo, el susto. Desde esa perspectiva, si aquella intervención quirúrgica es imprescindible para el enfermo, lo que el médico debiera hacer, desde un punto de vista ético, es tomar las providencias del caso para que pueda ser

atendido por otro colega; lo que no puede hacer es "lavarse las manos" o escaparse del problema; él tiene que hacer algo para que se pueda intervenir quirúrgicamente a ese enfermo.

DR. VILCHES

Dr. Peirano, ¿qué opinión tiene Ud. con respecto a esto?

DR. ALEJANDRO PEIRANO

En realidad el SIDA es un desafío tremendamente difícil. Hay que considerar que es una enfermedad 100% mortal; esto no es una hepatitis o algo menor. Además, no hay un conocimiento absoluto sobre el comportamiento de este virus, que es bastante errático en su comportamiento. El porcentaje de pacientes que manifiestan la enfermedad de Inmunodeficiencia es bajo en relación con el número de infectados, incluso pasados muchos años. Quien hace un curso clínico u otro, no lo sabe nadie. La proporción de secreciones biológicas que contagian tampoco está muy clara. Acabo de leer que un grupo de tres dentistas demandaron judicialmente a la Asociación Médica Americana por haber asegurado que por la saliva no se transmitía el VIH, y ahí están los tres infectados. No se sabe si fue por sangre contenida en la saliva, pero en realidad la cosa no está muy clara.

En concreto, yo tengo una actividad quirúrgica en relación con la sangre, debo tener contacto anual con más o menos 2.000 ó 2.500 dadores de sangre, que pasan por las bombas de circulación extracorpórea, en una cirugía que es altamente riesgosa. Hay que tomar en cuenta tres factores fundamentales: Primeramente, el hospital debe proveer para que este tipo de cirugía, si hay que realizarla, se lleve a cabo en la mejor forma posible; esto significa que el armamentarium de protección debe ser óptimo. En segundo lugar, se debe entrenar al personal y a los médicos que están efectuando la prestación quirúrgica en las técnicas comúnmente utilizadas para prevenir el contagio accidental. Y en tercer lugar, me parece una cosa fundamental también, que hay una responsabilidad de jefatura. Yo creo que un jefe no le puede imponer a alguien que haga un trabajo de este tipo contra su voluntad; eso por ningún motivo.

Yo considero que si el cirujano designado tiene que efectuar una intervención en un infectado y no quiere y el jefe tampoco desea efectuarla, ya tendrá

el subje que lo haga. Pero no se puede imponer a una persona que efectúe un procedimiento que no quiere hacer, tomando en cuenta lo que ya he dicho: que es una enfermedad mortal. El personal no tiene la culpa de la generalización de esta enfermedad de la manera como ha ocurrido y se ve expuesto a contagiarse él y los suyos. Esa es la situación en general, en relación al SIDA. Yo no tengo ningún problema en operar a un enfermo así, siempre que me den los medios de protección. Creo que los cirujanos cardiovasculares y en general los que manipulan material biológico, no hemos captado la real dimensión del problema en lo que respecta a nuestra propia exposición al contagio. La técnica evoluciona, se acostumbra uno a la idea, disminuye el perplejismo y se van canalizando las cosas hacia una suerte de justo medio.

DR. VILCHES

Dr. Burmester, por favor comente sobre este punto para así cerrar la intervención de la Mesa.

DR. BURMESTER

Esto toca el tema que atiende la relación médico-paciente en el grado heroico, cuando el médico se ve abocado a realizar una acción heroica. La historia de la medicina está plagada, está llena de ejemplos de médicos que han hecho acciones heroicas a lo largo de su vida. Con respecto al SIDA, si se trata de un médico que está solo con su paciente, él es el único que puede proporcionarle la ayuda correspondiente, está obligado a hacerlo, y eso no cabe duda, como con cualquier paciente y aun a riesgo de contraer todas sus consecuencias, porque el médico entrenado en su actuación profesional, por su vocación de servicio, está llamado también a realizar acciones que muchas veces son heroicas.